

新規指定申請提出書類一覧 【訪問リハビリテーション（介護老人保健施設）】

- ※ □欄に✓を入れ、添付して下さい。
- ※ 太字の書類は、各様式を使用して下さい。記載の仕方については「記入例」を参照して下さい。
- ※ 下記提出書類一覧以外にも、追加で書類の提出を求める場合があります。

必ず申請前に下記についてご確認下さい。

- 補助金の交付を受けて開設している介護老人保健施設については、指定訪問リハビリテーション事業所の専用区画を設けることにより財産処分等が伴う場合があるので、あらかじめご相談下さい。

担当部署	高齢者いきいき課 事業者指定担当
担当者名	(Tel 042-620-7294, 7452)
確認内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 財産処分等必要手続きの要否 要 ・ 不要 ・ その他所管庁の指導事項及び対応状況

- 訪問リハビリテーション事業所を開設により介護老人保健施設の専用区画変更、レイアウト変更が伴う場合があるので、あらかじめ事業者指定担当にご相談下さい。

担当部署	高齢者いきいき課 事業者指定担当
担当者名	(Tel 042-620-7294, 7452)
確認内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 変更届等必要手続きの要否 要 ・ 不要 （ 要 と判断された場合は、訪問リハビリテーションの指定後10日以内に 変更届を必ず提出して下さい。） ・ その他所管庁の指導事項及び対応状況

- ※ 各所管課で不適と判断された場合は、介護保険の指定を受けることはできません。

- ※ **各提出書類（青色）をクリックすると様式をダウンロードすることができます。** 様式がダウンロードできなかった場合は[様式等集約（こちら）](#)から必要な書類をダウンロードしてください。

□欄	提出書類	様式	備考
<input type="checkbox"/>	指定居宅サービス事業所指定申請書	【第1号様式】	
<input type="checkbox"/>	指定訪問リハビリテーション事業所の指定に係る記載事項	【付表4】	「従業員の職種・員数」は、「従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表」の員数と一致させて下さい。
<input type="checkbox"/>	従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表	【参考様式1-1】	兼務の場合は時間数を按分し、職種ごとに記載して下さい。
<input type="checkbox"/>	老人保健施設の開設許可の写し		
<input type="checkbox"/>	従業員の資格証（写）		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士
<input type="checkbox"/>	登記事項証明書(原本)		

<input type="checkbox"/>	事業所の平面図	【参考様式3】	用途や机、備品等の配置も明示して下さい。
<input type="checkbox"/>	運営規程（料金表含む）		
<input type="checkbox"/>	利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要	【参考様式6】	
<input type="checkbox"/>	法人代表者等誓約書	【参考様式10-3】	介護のみの指定を受ける場合は→ 【参考様式10-1】 を提出して下さい。 介護予防のみの指定を受ける場合は→ 【参考様式10-2】 を提出して下さい。
<input type="checkbox"/>	介護給付費算定に係る体制等状況一覧表	【加算様式2-1-4】	
<input type="checkbox"/>	加算の各届出書等	【介護給付費算定に係る体制等に関する届出書添付書類一覧】	左記の資料を確認のうえ、適宜必要な書類を提出して下さい。 各加算の算定に必要な書類を添付して下さい。

申請の前に以下の点もご確認ください

<input type="checkbox"/>	従業員（予定者）全員と雇用契約等を選び、契約書類を保管している。 ※現地確認を行う場合、その際にその時点での契約書の原本を確認します。
<input type="checkbox"/>	事業所、車両、保険等を運営法人で直接保有、賃借、契約している。 あるいは、手続きを進めている。

担当者連絡先			
提出いただいた申請書類に記載された内容等について問い合わせをする際の担当者名と連絡先を記入して下さい。			
事業所名		担当者名	
連絡先	(電話)		(FAX)